

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
Образования «Красноярский государственный медицинский университет имени
Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Министерство здравоохранения Российской
Федерации.

Кафедра

Оперативной гинекологии ИПО

Рецензия КМН кафедры Оперативной гинекологии ИПО Макаренко Т.А. на реферат
ординатора 2года обучения специальности акушерство и гинекологии Пираковой
Фарзоны Зокиржоновны по теме: Гормональная контрацепция

Рецензия на реферат- это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе
Ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающих анализ
степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации
по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том,
что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен
аргументированно защищать свою точку зрения. Написания реферата производится в произвольной
форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию.
Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены
стандартизированные критерии оценки качества рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения по
специальности акушерства и гинекологии.

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1.Структурированность.	+
2.Наличие орфографических ошибок.	+
3.Соответствие текста реферата теме.	+
4.Владение терминологией.	+
5.Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы.	+
6.Информативность.	+
7.Логичность доказательной базы.	+
8.Умение аргументировать основные положения и выводы	+
9.Круг использования известных научных источников.	+
10.Умение сделать общий вывод.	+

Итоговая оценка: положительная-отрицательная.

Комментарии рецензента:

Дата: 10.05.21

Подпись рецензента

Подпись ординатора

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: ДМН, доц

Макаренко Т.А.

Реферат на тему: «Гормональная контрацепция»

Выполнила ординатор 2-го года

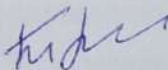
обучения по

Специальности Акушерство и

гинекология

Пиракова Ф.З.

Проверила:



ДМН, доц. Макаренко Т.А.

Красноярск 2021г

Гормональная контрацепция — метод контрацепции, заключающийся в гормональном подавлении овуляции, основанной на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов. Различают КГК-комбинированную гомональную контрацепцию и ЧПК-чисто прогестиновые контрацептивы.

Этот вид контрацепции, по определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, является самым эффективным на сегодняшний день (степень надежности составляет почти 99%). Поэтому не удивительно, что гормональными контрацептивами пользуются более 70 миллионов женщин во всем мире.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Создание, производство и внедрение в широкую практику методов гормональной контрацепции явилось важным достижением медицины XX века. Современные гормональные контрацептивы при правильном применении отличаются высокой эффективностью и относительно безопасны. Они позволяют не только регулировать рождаемость, но и снижают частоту гинекологических заболеваний, причем не только за счет уменьшения осложнений, связанных с абортом.

По данным Международной Федерации по планированию семьи в настоящее время в развитых странах в среднем около 50% женщин, решая вопрос предохранения от нежелательной беременности, выбирают гормональные препараты. Установлена обратная зависимость количеством женщин, применяющих гормональные контрацептивы, и количеством абортов. В России в начале 90-х годов лишь 3-5% женщин репродуктивного возраста принимали гормональные контрацептивы, сейчас эта цифра увеличилась до 22-25%, но, к сожалению, пока основным средством регуляции рождаемости в нашей стране остаются аборты (181 на 1000 женщин фертильного возраста).

Конец XIX века - впервые высказано предположение, что желтое тело подавляет овуляцию. 1921 год - физиолог Л. Хаберландт осуществил торможение овуляции в эксперименте, ввел понятие "гормональная стерилизация" Конец 20-х - середина 30-х гг. - выделяют первые эстрогены (1929 г.) и прогестерон (1934 г.) из экстрактов тканей животных, мочи беременных женщин; выясняют молекулярную структуру половых гормонов.	Середина 50-х годов - американский биолог Грегори Пинкус впервые использовал комбинацию эстрогена и гестагена в гормональных контрацептивах, принимал участие в клинических исследованиях на животных и первых крупномасштабных исследованиях на женщинах в Пуэрто-Рико (1958 г.). 1960 г. - в США появляется первый гормональный контрацептив - ЭНОВИД (150 мкг местранола и 10 мг норэтинодрела). 60-е годы - широкое использование гормональных контрацептивов (200 млн. женщин в год); накопление сведений о побочных эффектах, повышающих риск тромбоэмболии, инфаркта миокарда и заболеваний печени.
1939 г. - А. Бутенандт получает Нобелевскую премию за работы в области половых гормонов. 50-е годы - появляются синтетические гестагены; 1950 г. - норэтистерон (К.Дьерасси), 1952 г. - норэтинодрел (Ф.Б.Колтон).	70-е годы - уменьшается доза стероидов в таблетках. 1974 г. - появляются двухфазные препараты. 1979 г. - первые трехфазные препараты. 80-е годы - однофазные препараты с гестагенами 3-его поколения.

Классификация гормональных контрацептивов.

I- (КГК)-комбинированные гормональные контрацептивы

II- (ЧПК)-чисто прогестиновые контрацептивы

КГК-комбинированные гормональные контрацептивы

***Содержат эстроген и прогестин**

В зависимости от пути поступления:

- Оральные (КОК)

- Инъекционные (КИК)

- Контрацептивное влагалищное кольцо

- Контрацептивный пластырь

Механизм действия любого гормонального препарата таков:

Подавляет овляцию (созревание и выход яйцеклетки)

Гипоплазия и изменение биомеханизма эндометрия

Способствует сгущению слизи в шейке матки, делая ее непроходимой для сперматозоидов

***Комбинированные оральные контрацептивы.**

Механизм действия КОК многообразен. Контрацептивный эффект достигается в результате блокады циклических процессов гипоталамо-гипофизарной системы в ответ на введение стероидов (принцип обратной связи), а также из-за непосредственного тормозящего действия на яичники. В результате не происходит роста, развития фолликула и овуляции. Кроме того, прогестагены, повышая вязкость цервикальной слизи, делают ее непроходимой для сперматозоидов. Наконец, гестагенный компонент замедляет перистальтику маточных труб и продвижение по ним яйцеклетки, а в эндометрии вызывает регрессивные изменения вплоть до атрофии, в результате чего имплантация плодного яйца, если оплодотворение все же произошло, становится невозможной. Такой механизм действия обеспечивает высокую надежность КОК. При правильном применении контрацептивная эффективность достигает почти 100%, индекс Перля составляет 0,05-0,5.

Критерии выбора прогестагенов:

- Контроль цикла
- Нужны ли антиандрогенные эффекты
- Влияние на настроение
- Влияние на массу тела
- Влияние на либидо
- Переносимость

По уровню этинилэстрадиола КОК подразделяются на высокодозированные (более 50 мкг; в настоящее время с контрацептивной целью не применяются), низкодозированные (30-35 мкг) и микродозированные (15-20 мкг).

Кроме того, КОК бывают монофазными, когда все таблетки, входящие в упаковку, имеют один и тот же состав, и многофазными (двухфазными, трехфазными), когда в упаковке, рассчитанной на цикл приема, содержатся два или три вида таблеток разного цвета, различающихся по количеству эстрогенного и гестагенного компонентов. Ступенчатая дозировка вызывает в органах-мишенях (матка, молочные железы) циклические процессы, напоминающие таковые при нормальном менструальном цикле.

Осложнения при приеме КОК. В связи с применением новых низко-и микродозированных КОК, содержащих высокоселективные гестагены,

побочные эффекты при использовании ГК встречаются редко. Осложнения при приеме КОК. В связи с применением новых низко-и микродозированных КОК, содержащих высокоселективные гестагены, побочные эффекты при использовании ГК встречаются редко. У небольшого процента женщин, принимающих КОК, в первые 3 мес приема возможны неприятные ощущения, связанные с метаболическим действием половых стероидов. К эстрогензависимым эффектам относятся тошнота, рвота, отеки, головокружение, обильные менструальноподобные кровотечения, гестагензависимым - раздражительность, депрессия, повышенная утомляемость, снижение либидо. Головная боль, мигрень, на-грубание молочных желез, кровяные выделения могут быть обусловлены действием обоих компонентов КОК. В настоящее время эти признаки рассматриваются как симптомы адаптации к КОК; обычно они не требуют назначения корректирующих средств и самостоятельно исчезают к концу 3-го месяца регулярного приема.

Наиболее серьезное осложнение при приеме КОК - влияние на систему гемостаза. Доказано, что эстрогенный компонент КОК активизирует свертывающую систему крови, из-за чего повышается риск тромбозов, прежде всего коронарных и церебральных, а также тромбоэмболии. Возможность тромботических осложнений зависит от дозы этинилэстрадиола, входящего в КОК, и факторов риска, к которым относят возраст старше 35 лет, курение, АГ, гиперлипидемию, ожирение и др. Общеизвестно, что использование низкоили микродозированных КОК не оказывает существенного влияния на систему гемостаза у здоровых женщин. При приеме КОК повышается АД, что обусловлено влиянием эстроген-ного компонента на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему. Однако это явление отмечено лишь у женщин с неблагоприятным анамнезом (наследственная предрасположенность, ожирение, АГ в настоящем, ОПГ-гестозы в прошлом). Клинически значимого изменения АД у здоровых женщин, принимающих КОК, не выявлено.

При использовании КОК возможен ряд метаболических нарушений:

- снижение толерантности к глюкозе и повышение ее уровня в крови (эстрогенное влияние), что провоцирует проявление латентных форм сахарного диабета;
- неблагоприятное влияние гестагенов на липидный обмен (повышение уровня общего холестерина и его атерогенных фракций), что увеличивает риск развития атеросклероза и сосудистых осложнений. Однако современные селективные гестагены, входящие в состав КОК III поколения, не оказывают отрицательного влияния на липидный обмен. Кроме того, действие эстрогенов на липидный обмен прямо противоположно эффекту гестагенов, что расценивается как фактор защиты сосудистой стенки;

- повышение массы тела, обусловленное анаболическим эффектом ге-стагенов, задержкой жидкости из-за влияния эстрогенов, повышением аппетита.

Современные КОК с невысоким содержанием эстрогенов и селективными гестагенами практически не влияют на массу тела.

Эстрогены могут оказывать небольшое токсическое действие на печень, проявляющееся в транзитном повышении уровня трансаминаз, вызывать внутрипеченочный холестаз с развитием холестатического гепатита и желтухи. Гестагены, повышая концентрацию холестерина в желчи, способствуют образованию камней в желчных протоках и пузыре.

Акне, себорея, гирсутизм возможны при применении гестагенов с выраженным андрогенным действием. Используемым в настоящее время высокоселективным гестагенам, наоборот, присуще антиандрогенное действие, и они дают не только контрацептивный, но и лечебный эффект.

Резкое ухудшение зрения при использовании КОК является следствием острого тромбоза сетчатки; в этом случае требуется немедленная отмена препарата.

Следует учитывать, что КОК при использовании контактных линз вызывают отек роговицы с появлением ощущения дискомфорта.

К редким, но вызывающим опасения осложнениям относится аменорея, возникшая после прекращения приема КОК. Есть мнение, что КОК не вызывают аменорею, а лишь скрывают гормональные нарушения за счет регулярных менструальноподобных кровяных выделений. Таких пациенток обязательно нужно обследовать на предмет опухоли гипофиза.

Любой из компонентов КОК может вызвать аллергическую реакцию.

Один из самых частых побочных эффектов - маточные кровотечения при использовании КОК (от "мажущих" до "прорывных"). Причинами кровотечений служат недостаток гормонов для конкретной пациентки (эстрогенов - при появлении кровяных выделений в 1-й половине цикла, гестагенов - во 2-й половине), нарушение всасывания препарата (рвота, диарея), пропуски приема таблеток, конкурентное действие принимаемых вместе с КОК лекарственных препаратов (некоторых антибиотиков, противосудорожных препаратов, β -адреноблокаторов и др.). В большинстве случаев межменструальные кровяные выделения самостоятельно исчезают в течение первых 3 мес приема КОК и не требуют отмены контрацептивов. КОК не оказывают отрицательного влияния на фертильность в дальнейшем (она восстанавливается в большинстве наблюдений в течение первых 3 мес после отмены препарата), не увеличивают риск возникновения дефектов плода. Случайное применение современных гормональных контрацептивов в ранние сроки беременности не дает мутагенного, тератогенного эффекта и не требует прерывания беременности.

К контрацептивным преимуществам КОК относят:

- высокую эффективность и почти немедленный контрацептивный эффект;
- обратимость метода;

- низкую частоту побочных эффектов;
- хороший контроль фертильности;
- отсутствие связи с половым актом и влияния на полового партнера;
- устранение страха нежелательной беременности;
- простоту в применении.

Неконтрацептивные преимущества КОК:

- снижение риска развития рака яичников (на 45-50%), рака эндометрия (на 50-60%), доброкачественных заболеваний молочных желез (на 50-75%), миомы матки (на 17-31%), постменопаузального остеопороза (повышение минерализации костной ткани), колоректального рака (на 17%);
- снижение частоты развития воспалительных заболеваний органов малого таза (на 50-70%) в результате повышения вязкости церви-кальной слизи, внематочной беременности, ретенционных образований (кист) яичника (до 90%), железодефицитной анемии в связи с меньшей потерей крови при менструальноподобных выделениях, чем при обычной менструации;
- ослабление симптомов предменструального синдрома и дисменореи;
- лечебный эффект при акне, себорее, гирсутизме (для КОК III поколения), при эндометриозе, неосложненной эктопии шейки матки (для трехфазных КОК), при некоторых формах бесплодия, сопровождающихся нарушением овуляции (ребаунд-эффект после отмены КОК);
- повышение приемлемости ВМК;
- положительное влияние на течение ревматоидного артрита. Защитный эффект КОК проявляется уже через 1 год приема, усиливается с увеличением продолжительности использования и сохраняется в течение 10-15 лет после отмены.

Недостатки метода: необходимость ежедневного приема, возможность ошибок при приеме, отсутствие защиты от инфекций, передаваемых половым путем, снижение эффективности КОК при одновременном приеме других лекарственных препаратов.

Показания. В настоящее время, согласно критериям ВОЗ, гормональная контрацепция рекомендуется женщинам любого возраста, желающим ограничить свою репродуктивную функцию:

- в послеабортном периоде;
- в послеродовом периоде (через 3 нед после родов, если женщина не кормит грудью);
- с эктопической беременностью в анамнезе;
- перенесшим воспалительные заболевания органов малого таза;
- с менометроррагиями;
- с железодефицитной анемией;
- с эндометриозом, фиброзно-кистозной мастопатией (для монофазных КОК);
- с предменструальным синдромом, дисменореей, овуляторным синдромом;

- с ретенционными образованиями яичников (для монофазных КОК);
- с акне, себореей, гирсутизмом (для КОК с гестагенами III поколения).

Противопоказания. Абсолютные противопоказания к назначению КОК:

- гормонально-зависимые злокачественные опухоли (опухоли половых органов, молочной железы) и опухоли печени;
- выраженные нарушения функции печени и почек;
- беременность;
- тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, сосудистые заболевания головного мозга; - кровотечения из половых путей неясной этиологии;
- тяжелая АГ (АД выше 180/110 мм рт.ст.);
- мигрени с очаговой неврологической симптоматикой;
- острый тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия;
- длительная иммобилизация;
- период, включающий 4 нед до полостных хирургических операций и 2 нед после них (повышение риска тромботических осложнений);
- курение и возраст старше 35 лет;
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
- III-IV степени;
- лактация (эстрогены проникают в грудное молоко).

Возможность использования оральной контрацепции при других заболеваниях, на течение которых могут повлиять КОК, определяют индивидуально.

Состояния, требующие немедленной отмены ГК:

- внезапная сильная головная боль;
- внезапное нарушение зрения, координации, речи, потеря чувствительности в конечностях;
- острая боль в груди, необъяснимая одышка, кровохарканье;
- острая боль в животе, особенно продолжительная;
- внезапная боль в ногах;
- значительное повышение АД;
- зуд, желтуха; - кожная сыпь.

Правила приема КОК. КОК начинают принимать с 1-го дня менструального цикла: ежедневно по 1 таблетке в одно и то же время суток в течение 21 дня (как правило, упаковка препарата содержит 21 таблетку). Следует помнить, что многофазные препараты необходимо принимать в строго указанной последовательности. Затем делают 7-дневный перерыв, во время которого возникает менструальноподобная реакция, после чего начинают новый цикл приема. При выполнении искусственного аборта начать прием КОК можно в день операции. Если женщина не кормит грудью, необходимость контрацепции возникает через 3 нед после родов. При необходимости отсрочки

менструальноподобного кровотечения перерыва в приеме препаратов можно не делать, продолжая принимать таблетки следующей упаковки (для многофазных контрацептивов для этого используют только таблетки последней фазы).

Для микродозированного КОК джес*, содержащего 28 таблеток в пачке, режим приема следующий: 24 активные таблетки с последующим использованием 4 таблеток плацебо. Таким образом, продлевается действие гормонов еще на 3 дня, а наличие таблеток плацебо облегчает соблюдение режима приема контрацептива.

Существует и другая схема использования монофазных КОК: прием 3 циклов таблеток подряд, затем - 7-дневный перерыв. Если перерыв между приемом таблеток составил более 36 ч, надежность контрацептивного действия не гарантируется. Если прием таблетки пропущен на 1-й или 2-й нед цикла, то на следующий день необходимо выпить 2 таблетки, а затем принимать таблетки, как обычно, используя дополнительную контрацепцию в течение 7 дней. Если пропуск составил 2 таблетки подряд на 1-й или 2-й нед, то в последующие 2 дня следует принять по 2 таблетки, затем продолжить прием таблеток по обычной схеме, используя до конца цикла дополнительные методы контрацепции. При пропуске таблетки на последней неделе цикла рекомендуется начать прием следующей упаковки без перерыва. При правильном подборе КОК безопасны. Длительность приема не увеличивает риск осложнений, поэтому использовать КОК можно столько лет, сколько это необходимо, вплоть до наступления постменопаузы. Доказано, что делать перерывы в приеме препаратов не только не нужно, но и рискованно, поскольку в этот период возрастает вероятность нежелательной беременности.

*Гормональные инъекционные контрацептивы.

это высокоэффективный метод длительного действия, содержащий один гормон -гестаген. Он вводится внутримышечно с помощью шприца. Одна инъекция обеспечивает контрацепцию в течение 3 месяцев.

Не рекомендуется применять инъекционные контрацептивы: если имеются злокачественные заболевания женских половых органов или молочных желез; -раньше чем через шесть недель после родов; при заболеваниях печени; - при диабете.

К ним относятся такие препараты как : Циклофем (5 мг. эстрадиол сипионата и 25мг медоксипрогестерон ацетата), Мезегина и Мезиджина (5мг эстрадиол валерата и 50мг норэтилстероа энантата), инъекции в/м 1 раз в месяц.

Достоинства КИК в сравнении с КОК является:

- отсутствие необходимости в ежедневном использовании контраептива пациенткой; - лекарственные препараты, на эффективность КОК не снижают противозачаточное действие КИК.

К недостаткам КИК относится:

- нерегулярные кровотечения некоторых женщин;

- отсутствие возможности прекратить действия препарата в любой момент времени.

Подкожные имплантаты представляют собой силиконовые капсулы, содержащие гормоны – гестагены. Шесть капсул вводятся под кожу внутренней поверхности предплечья через небольшой надрез под местным обезболиванием. Капсулы выделяют каждый день небольшое количество гормона, и он, постепенно всасываясь в кровь, создает надежный контрацептивный эффект в течение 5 лет.

Имплантат может быть введен:

- в первые 7 дней менструального цикла;
- непосредственно после аборта;
- после родов через 4 недели, если женщина не собирается кормить ребенка грудью;
- через 6 недель кормящим матерям.

Имплантаты обеспечивают контрацептивный эффект в результате постоянного длительного выделения небольшого количества гестагенов. В России в качестве имплантата зарегистрирован норплант*, содержащий левоноргестрел и представляющий собой 6 силиконовых капсул для подкожного введения.

Уровень левоноргестрела, необходимый для контрацепции, достигается уже через 24 ч после введения и сохраняется в течение 5 лет. Капсулы вводят под кожу внутренней стороны предплечья веерообразно через небольшой разрез под местной анестезией. Индекс Перля для норпланта составляет 0,2-1,6.

Контрацептивный эффект обеспечивается в результате подавления овуляции, повышения вязкости цервикальной слизи и развития атрофических изменений в эндометрии.

Норплант

рекомендуется женщинам, нуждающимся в длительной (не менее 1 года) обратимой контрацепции, с непереносимостью эстрогенов, не желающим ежедневно принимать гормональные контрацептивы. По истечении срока действия или по желанию пациентки контрацептив удаляют хирургическим путем. Фертильность восстанавливается в течение нескольких недель после извлечения капсул.

Кроме норпланта, существует однокапсульный имплантационный контрацептив импланонр*, содержащий этоноргестрел - высокоселективный гестаген последнего поколения, биологически активный метаболит дезо-гестрела. Введение и удаление импланона производится в четыре раза быстрее, чем многокапсульного препарата; осложнения наблюдаются реже (менее 1%). Импланон обеспечивает длительную контрацепцию в течение 3 лет, высокую эффективность, более низкую частоту побочных реакций, быстрое восстановление фертильности и лечебные эффекты, присущие гестагенным контрацептивам.

Достоинства метода: высокая эффективность, длительность контрацепции, безопасность (небольшое число побочных эффектов), обратимость, отсутствие эстрогензависимых осложнений, отсутствие необходимости в ежедневном приеме препарата.

Недостатки метода: частое возникновение кровяных выделений, необходимость

хирургического вмешательства для введения и удаления капсул.

*Гормональное кольцо для вагинального применения (эластичный ринг) - это гибкое контрацептивное кольцо из гипоаллергенного материала, которое содержит микроскопические дозы гормонов, и применяется местно, принимая форму тела женщины и удобно размещаясь во влагалище. Одно кольцо рассчитано на один менструальный цикл: женщина вводит его во влагалище с 1-го по 5-й день менструального цикла. НоваРинг удобно размещается внутри и остается во влагалище на три недели, выделяя микроскопическую дозу гормонов, необходимую для защиты от нежелательной беременности. Из-за того, что гормональное кольцо применяется местно, оно имеет ряд преимуществ. Во-первых, ринг содержит самый минимум гормонов – всего 15 микрограмм эстрогена – это меньше, чем любой другой препарат. Во-вторых, нет ненужной нагрузки на печень и желудочно-кишечный тракт. Таким образом, влияние НоваРинга на организм минимальное.

Чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК)

ЧПК, содержат только прогестин.

По способу введения выделяют типы ЧПК:

- ЧПК оральные ("мини-пили": Микролют, Экслютон, Чарозетта).
- ЧПИК: депомедоксипрогестерона-ацетат (Депо-Провера) и норэтиндрон энантат (НЭТ-ЭН).
- Подкожные импланты: Норплант (левоноргестрел); Импланон.
- ВМС, высвобождающая прогестины (Мирена)

Механизм действия чисто прогестиновых контрацептивов:

- подавление овуляции
- уплотнение цервикальной слизи, что затрудняет проникновение спермы
- атрофия эндометрия
- не нарушается течение уже имеющейся беременности

т

Достоинства

разрешается женщинам, имеющим в анамнезе ряд заболеваний, исключающих прием КОК (сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, болезни сердца, мигрень, АД менее 160/100 мм рт. ст.)

- разрешается курящим женщинам

- разрешается кормящим матерям через 6 недель после родов (не влияет на качество и объем грудного молока)

- предупреждает рак эндометрия и яичников, а также воспалительные заболевания органов малого таза

- разрешается женщинам всех возрастов

- отсутствие побочных эффектов, связанных с эстрогенами

- снижается риск внематочной беременности

Недостатки и возможные побочные эффекты при использовании ЧПК:

- изменения в картине менструаций (отсутствие менструаций, более длительные, обильные, а нередко и нерегулярные), обычно проходят через 2-3 месяца

- нагрубание молочных желез

- не защищают от ИППП и ВИЧ

Время начала применения ЧПК:

- в 1 день менструального цикла

- после родов – через 6 недель при грудном вскармливании

- после аборта – сразу